FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THESE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JULES-HENRI POLIGONE

Né à Angers, le 5 Octobre 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Encéphalite léthargique

SURVENANT CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.

MM	
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER.	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de profonde reconnaissance et d'affection très vive.

A M. le Professeur BOQUEL

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers

Chirurgien en chef de la Maternité

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX D'ANGERS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BEZANÇON

Professeur a la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

Introduction

Durant nos études, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le Professeur Boquel, un cas d'encéphalite léthargique chez une femme enceinte qui s'est terminé par la mort de la mère et de l'enfant. Le diagnostic clinique de l'affection a été complété par un examen anatomo-pathologique dû à la grande obligeance de M. le Dr Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Salpêtrière.

Nous avons recherché, afin de comparer, les travaux, communications et observations publiés sur cette question. Depuis les premiers cas signalés en Amérique et en Angleterre par W. Harris, Duncan, B. Neal, B. Sachs, O. Putnam, Bassoë, Margaret Schulze ; puis en Europe, par Marinesco et Dimitz et en France par les Professeurs Brindeau, Couvelaire, Devraigne et Guillain, un certain nombre de cas ont été recueillis et étudiés dans les thèses très intéressantes de Robinson et de Lemaire, établissant la gravité de l'affection pour la mère et la bénignité pour l'enfant.

Ayant été frappé par la gravité du cas que nous avions observé et devant la discordance des conclusions relatives aux différentes observations publiées jusqu'à ce mo-

ment, nous avons pensé qu'il serait intéressant de contribuer pour une modeste part à éclaircir cette question par l'analyse des plus récents travaux.

Nous étudierons d'abord les principaux symptômes de l'affection, puis comme l'écrit le Professeur Achard dans son remarquable ouvrage sur l'encéphalite léthargique : « Après une description analytique, ayant pour en mieux étudier les détails isolé chacun des symptômes par une sorte de dissection clinique, il importerait de remettre chacun d'eux à sa place, de le situer dans l'ensemble du tableau clinique, de voir comment il se modifie dans le cours de l'évolution morbide et de regrouper les multiples et divers accidents par lesquels se manifeste la maladie pour en composer une description synthétique. La comparaison, l'étude des observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale et de celle que nous publions nous permettent de tenter un essai de classification des types cliniques de l'encéphalite chez la femme enceinte, classification reposant sur le mode de début, l'allure de la période aiguë, la durée et la terminaison. Nous ferons suivre cette description clinique de l'étude des lésions, puis de celles de l'évolution et du pronostic, ainsi que du diagnostic. Enfin, nous nous efforcerons d'esquisser le traitement à suivre dans le cas général, ainsi que les indications et contre-indications des interventions obstétricales.

C'est avec notre maître, M. le Professeur Boquel, que nous avons observé cette malade, il a bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce modestre travail. Pour

ses conseils éclairés et son enseignement, pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé, nous sommes heureux de lui témoigner ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

Symptômatologie

Parmi les très nombreuses manifestations cliniques de la maladie, les troubles témoignant de l'atteinte du système nerveux occupent le premier rang, on peut les diviser en troubles psychiques, moteurs et sensitivo-sensoriels.

I. Troubles psychiques

Dans cet ordre de faits, deux groupes de manifestations sont à distinguer, les unes caractérisent des phénomènes de dépression tandis que les autres traduisent des phénomènes d'excitation.

Les phénomènes de dépression sont parmi les plus fréquents et les plus caractéristiques de la maladie, l'hypersomnie se retrouvant dans la plupart des cas publiés. L'intensité de ce sommeil anormal présente différents degrés : torpeur, somnolence, sommeil profond et coma. La malade a les apparences du sommeil, cependant elle

comprend parfaitement tout ce qui se passe autour d'elle et répond très exactement aux questions posées. Si on l'abandonne, elle retombe dans cet état et de nouvelles excitations sont nécessaires pour qu'elle puisse satisfaire à ses différents besoins. La vie végétative comme la vie de relation semble endormie, la faim et la soif ne paraissant pas tourmenter la malade, de même que les besoins de déféquer ou d'uriner. Un type plus accusé est constitué par le sommeil profond, les bruits familiers, les menues excitations ne suffisant plus, il faut secouer énergiquement la dormeuse ou la flageller d'une serviette mouillée, ou l'interpeller à haute voix si on désire en obtenir une réponse. A ce type fait suite le coma dans les cas presque toujours mortels, la transformation est progressive et quelle que forte que soit l'excitation, la malade ne réagit plus.

Moins souvent dans les observations d'encéphalite chez la femme enceinte, nous avons trouvé de la torpeur ou de l'obnubilation.

Les différents degrés dans l'intensité du sommeil varient d'une malade à une autre et aussi chez le même sujet suivant la période de la maladie. Chez les unes, elle apparaît dès le début de l'affection et persiste durant toute l'évolution, chez d'autres on ne l'observera qu'à titre épisodique, sa durée est donc très variable.

L'atteinte des fonctions intellectuelles dans l'encéphalite se traduit aussi par des phénomènes d'excitation qui présentent comme les phénomènes de dépression différents types, l'un de ces types est constitué par l'insomnie qui se retrouve assez fréquemment. L'insomnie existe

dès le début de la maladie et constitue alors un des symptômes prédominants, plus rarement elle fait suite à la somnolence.

Un autre symptôme de l'excitation psychique est constitué par le délire et les hallucinations. Ce symptôme a été rencontré plusieurs fois dans les observations. Le délire dans 2 cas (Marinesco et Obs. II) a nettement le caractère professionnel, la malade quitte son lit et croit vaquer à ses occupations. Les hallucinations sont presque toujours des hallucinations visuelles.

L'excitation verbale s'observe assez souvent, la malade de M. Klippel et Baruk présentait une grande activité de la mémoire, évoquait les souvenirs les plus lointains et les plus minimes, se rappelait dans leurs moindres détails des notions scolaires en désaccord avec son état d'instruction antérieur.

Souvent le délire s'accompagne d'agitation, le sujet quitte son lit et sa chambre, frappe son entourage, ouvre violemment les portes. La malade devient grossière, l'agitation augmente et le tableau clinique ressemble à celui du délirium tremens. Plus rarement la femme est triste, présente un délire mélancolique, de l'anxiété et le suicide peut être la terminaison.

II. Troubles moteurs

Parmi ces troubles nous étudierons les troubles oculaires, les mouvements anormaux, l'hypertonie musculaire, l'état des réflexes.

Les troubles oculaires existent très souvent dans l'en-

céphalite. Ils apparaissent de très bonne heure et sont le premier symptôme de la maladie. Nous les avons notés 8 fois sur 13 observations.

Ils existent soit isolément, soit associés à d'autres phénomènes pathologiques. Dans les rares cas où ils manquèrent, la somnolence fit aussi défaut. Leur durée est en général celle de l'affection et leur disparition précède de peu le retour à l'état normal. La distribution des lésions est aussi très variable. La III^{e} paire est la principale intéressée, ensuite viennent la IV^{e} et la VI^{e} paire. Le ptosis qui est la résultante de la lésion de la III^{e} paire donne à la malade un faciès particulier, un air rêveur et comme le fait remarquer judicieusement Litwak, le ptosis est plutôt dû à une hypotomie musculaire qu'à une paralysie véritable puisque l'encéphalitique, par un effort, arrive à relever suffisamment sa paupière paresseuse. La diplopie se rencontre aussi fréquemment 7 fois sur 13 observations et dans la nôtre où elle fut très manifeste, souvent elle attire l'attention de la malade sur le début de l'affection. Le strabisme existait chez deux femmes et affectait le type divergent.

A côté des troubles de la motricité du globe oculaire, on observe aussi des troubles de la motricité irienne et ciliaire. Novaes e Souza a constaté de l'inégalité pupillaire, d'autres auteurs ont signalé du myosis. Les altérations des réflexes existent, le photo-moteur est diminué et le réflexe à l'accommodation quelquefois supprimé. L'inverse du signe d'Argyll-Robertson a été observé.

Les secousses nystagmiques sont tantôt associées à du strabisme tantôt isolées.

Les autre nerfs craniens tout comme les nerfs moteurs de l'œil peuvent être lésés et le plus fréquemment atteint est le nerf facial. Nous l'avons trouvé 4 fois sur 24 observations. Mlle Lévy le constate au 10e jour de la malade, Mme Forget au 11e, Néal le rapporte dans un de ses cas. Cette paralysie est plutôt légère, incomplète et dissociée, affectant séparément et à des degrés inégaux, le facial supérieur et le facial inférieur. Les lésions des dernières paires craniennes se manifestent par de la dyspnée des palpitations, de la gêne, de la déglutition et aussi par des troubles de la parole (2 fois). La parole était alors bredouillante, embarrassée, la durée de ce trouble a été très courte (obs. III) ou durant des mois et devenant symptôme d'un syndrome parkinsonien.

La démarche a été peu étudiée puisque l'état général des malades nécessitait l'alitement. Dans quelques cas, les auteurs ont observé soit une démarche en fauchant (Marinesco), soit une démarche à petits pas ressemblant beaucoup à celle des pseudo-bulbaires.

Les mouvements anormaux. — Sous ce titre nous décrirons un ensemble de manifestations se produisant à tous les stades de la maladie au début, au cours ou à la suite de l'encéphalite. Ces manifestations présentent une très grande diversité, puisqu'elles comprennent à la fois les convulsions, les tremblements, les mouvements choréiques, choréo-athétosiques, les myoclonies, les manifestations d'hypertonie et le parkinsonisme. Les travaux du Professeur P. Marie et de M. Sicard ont attiré l'attention sur l'importance de ces symptômes dans l'établissement du diagnostic.

Les convulsions à type épileptiforme ont été rarement constatées dans l'encéphalite chez la femme enceinte. Dans une seule observation, celle de M. Mercier, la malade a présenté au 7e jour de l'affection, des mouvements cloniques des deux membres inférieurs. Beaucoup plus fréquents sont les tics, symptôme de début, affectant tantôt les muscles masticateurs et les petits muscles de la face, tantôt les muscles avoisinants les articulations de l'épaule, des phalanges, etc.

Les tremblements sont parmi les symptômes les plus fréquents ; ce sont des agitations motrices involontaires des membres dont l'oscillation est rythmée et de faible amplitude. Leur apparition a lieu souvent au début, quelquefois au cours de la maladie. On peut en distinguer plusieurs variétés.

a) Tremblement apparaissant comme symptôme d'un état infectieux marqué, accompagné par du délire, de la carphologie.

b) Tremblement élément d'un syndrome parkinsonien.

c) Tremblement alternant avec les autres mouvements anormaux chez le même sujet.

Les mouvements choréiques sont constitués par des oscillations des plus irrégulières dans le temps et dans l'espace, désordonnées, de rapidité et localisations variables, cependant leur caractère désordonné est moin fréquent que dans la chorée de Sydenham. Les mouvements choréiques sont souvent limités aux mêmes masses musculaires, mouvement d'un membre supérieur, consistant

en flexion de l'avant-bras, puis propulsion et rétraction de l'épaule du côté correspondant, flexion des orteils du pied droit, chez un autre sujet extension des membres supérieurs et mouvement de préhension, au membre inférieur mouvement alternatif de flexion et d'extension des orteils, de la jambe et de la cuisse. Le sommeil les fait disparaître. Leur apparition est variable dans le temps, le plus souvent elle est très précoce, dans les premiers jours de la maladie, la durée est celle de l'affection cependant on peut les voir persister longtemps après que tous les autres symptômes ont disparu et constituer les séquelles de l'encéphalite.

Les oscillations bradycinétiques du Professeur P. Marie ont été observées dans un cas par Marinesco ; ce sont des mouvements lents, réguliers, de grande amplitude, siégeant principalement à la racine des membres. On les trouve isolés ou associés à d'autres symptômes, tels que le tremblement, les mouvements choréiques.

Les mouvements choréo-athétosiques consistent en mouvements alternatifs de flexion et d'extension des doigts ; ils ont été relevés dans un cas.

Les myoclonies forment, avec la température, la léthargie, les troubles oculaires, le tableau de l'encéphalite léthargique. Elles sont l'un des symptômes les plus fréquents, puisque nous les avons trouvées 19 fois sur 24 observation. Leur moment d'apparition a été très variable le plus souvent on les constate dès le début de la maladie 12 fois sur 19 cas. Ce sont des contractions brusques ; les muscles se tendent comme s'ils avaient subi l'action d'un courant électrique ; la décontraction est aussi brus-

que. Dans la forme la plus commune, elles affectent plusieurs muscles, mais parfois n'occuppent qu'un faisceau ou même quelques fibres. Elles se produisent par crises, mais entre ces crises il suffit d'une excitation minime pour que les myoclonies réapparaissent. Les secousses myocloniques ne sont pas influencées par la volonté. Leur localisation est des plus irrégulières ; tantôt aux membres inférieurs elles provoquent des mouvements involontaires gênant la marche, tantôt aux membres supérieurs, la malade fait preuve d'une grande maladresse. Au cou, elles donnent naissance à certains mouvements des scalènes et des sterno-cléido-mastoïdiens et à la salutation. A la face, le sujet grimace ou bien est gêné pour s'alimenter par ces mouvements rythmiques des muscles masticateurs. Les muscles de la paroi abdominale ne restent pas indemnes ; chez deux malades, ces muscles étaient pris du côté droit. Le hoquet, dû à des secousses myocloniques du diaphragme a été constaté dans un cas. Les myoclonies coexistent souvent avec des algies. Leur évolution est à peu près celle de la maladie : si celle-ci évolue vers la guérison, les myoclonies s'espacent et finissent par disparaître.

Dans toutes les observations que nous avons étudiées, nous avons trouvé peu de troubles du tonus musculaire durant la période aiguë de l'affection. Le ptosis décrit plus haut serait considéré comme une manifestation d'hypotonie. Nous décrirons très rapidement le syndrome parkinsonien, complication de l'encéphalite léthargique et dans lequel l'hypertonie joue un rôle prépondérant.

Le syndrome parkinsonien survient comme complication d'une encéphalite réveillée par une grossesse, ainsi que cela a été observé par Mlle Lévy, M. Dauhirg et Bécuwl, E. del Sol. Ce syndrome apparaît d'emblée avec sa raideur généralisée et son masque figé. Le tremblement est souvent augmenté par les mouvements volontaires ; il s'y ajoute des secousses spasmodiques à la face, des trémulations de la langue. La malade éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche et à la fermer complètement ; souvent elle laisse écouler sa salive. Le sujet est recourbé, marche à petits pas, l'un des avant-bras restant collé au corps.

Les troubles des sphincters. Ce sont des phénomènes existant dans presque tous les cas.

La constipation est constante et attire l'attention de l'entourage comme premier symptôme ; elle est opiniâtre et nécessite une thérapeutique très énergique.

La rétention d'urine fut chez une malade le premier accident qui lui fit demander l'examen d'un médecin.

Plus tard, dans l'évolution de la maladie, la constipation et la rétention des urines font place à l'incontinence.

Les troubles des réflexes. Ils sont très variables suivant les sujets et chez un même sujet suivant le moment auquel on l'examine. Très souvent, ils ne sont pas modifiés, ainsi que les auteurs l'ont constaté ; dans un cas ils étaient exagérés, dans trois cas leur abolition était complète.

III. — Troubles sensitifs et sensoriels

Les troubles sensitifs, comme les précédents, peuvent se diviser en deux groupes, suivant qu'ils consistent en excès ou en défaut. Les troubles de la sensibilité objective sont assez rares. Putnam cite un exemple d'anesthésie siégeant en plusieurs points du corps, dans notre observation, la malade présentait des paresthésies très nettes.

Les troubles de la sensibilité subjective sont au contraire très fréquents ; ils dominent parfois la scène et persistent dans certains cas comme séquelles. La céphalée qui se retrouve chez presque toutes les malades est un symptôme de début, durant toute la maladie.

Les algies sont aussi fréquentes ; leur apparition peut être brusque ou progressive, constituant l'un des principaux symptômes de la période de début ou bien être plus tardive. Les douleurs sont très intenses ; il semble que l'on veuille arracher à la femme un doigt ou couper un orteil, ou qu'on lui enfonce de nombreuses aiguilles dans la peau. Elles sont de durée très variable, quelques minutes à une heure et présentent certaines analogies avec les douleurs fulgurantes du tabès. La localisation change suivant les malades. Chez les unes elle affecte le type de douleur névritique ou dans un territoire déterminé d'un membre, au niveau du cou, du pavillon de l'oreille. Un autre caractère est la localisation persistante chez le même sujet. L'évolution est propre à chaque sujet ; parfois ces douleurs sont fugaces ; parfois elles persistent très longtemps.

Les troubles sensoriels sont constitués en dehors des troubles oculaires précédemment étudiés par une diminution de l'acuité visuelle avec névrite optique ; toutefois ces cas sont rares.

L'audition est un peu diminuée.

Les troubles sécrétoires. La sialorrhée est fréquente dans le syndrome parkinsonien, ainsi que dans les cas graves à la période aiguë.

Les phénomènes généraux. L'état infectieux est à peu près constant chez toutes les malades. Une n'a pas eu d'élévation notable de la température durant toute la maladie. En règle générale, la fièvre apparaît dès le début ; elle est peu élevée, 38 à 38°5 et elle disparaît au bout de quelques jours, alors qu'apparaissent ou se développent les principaux symptômes. Dans d'autres cas elle atteint d'emblée 39°, s'y maintient ou s'élève jusqu'à 41° et 42°3 (Marinesco). La température qui était descendue se relève comme l'ont décrit plusieurs auteurs. La fièvre affecte un type très irrégulier et souvent n'est pas en rapport avec l'état du pouls. Les voies digestives témoignent de leur atteinte par la langue sale, la fétidité de l'haleine, la constipation persistante. L'asthénie est considérable dès le premier jour, l'amaigrissement apparaît nettement à la fin de la période d'état. Les éruptions, le purpura sont apparus dans des cas mortels.

Le syndrome urinaire. Il y a une légère diminution du volume des urines émises, dans la moitié des cas, la présence d'albumine était notée.

Dans le sang, le taux de l'urée est généralement voi-

sin de la normale ; dans deux cas mortels il s'élevait respectivement à 2 gr. 87 et 1 gr. 69 %.

Etude du liquide céphalo-rachidien. Dans toutes les observations où l'on a recherché les qualités du liquide céphalo-rachidien, on a constaté sa clarté et sa limpidité. La pression sous laquelle il sort paraît normale ; la réaction leucocytaire n'est pas modifiée ; dans trois cas cités par Neal, Sachs et Putnam, le chiffre des lymphocytes s'élevait de 11 à 20. La lymphocytose suit une courbe parallèle à l'évolution de la maladie. La teneur en albumine ne semble ni augmenter ni diminuer ; elle varie entre 0,20 et 0,40 ; la teneur en urée s'est montrée presque toujours normale ; dans deux cas mortels il y avait une augmentation manifeste : 0,96 et 0,80. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative chez toutes les malades.

CHAPITRE II

Aspects cliniques de la Maladie chez la Femme enceinte

« Distinguer dans l'encéphalite léthargique des formes cliniques est une tâche très difficile et peut être même irréalisable, car dans l'encéphalite léthargique plus que dans la plupart des autres maladies, il y a d'un cas à l'autre des dissemblances considérables, tant par la nature des symptômes que par la façon dont ils évoluent chacun et dont ils s'associent entre eux, non moins que par la manière dont ils s'enchaînent les uns aux autres dans le cours des phases successives de la maladie », écrit le Professeur Achard. Aussi nous paraît-il préférable de distinguer des aspects, des types cliniques pouvant se succéder chez certaines malades et susceptibles de se modifier dans l'évolution. Nous diviserons pour cette étude le chapitre en deux parties ; dans la première nous étudierons l'encéphalite chez la femme enceinte et dans la seconde les types re-

vêtus par la maladie lorsqu'elle subit l'influence d'une grossesse.

I. — Encéphalite épidémique survenant au cours d'une grossesse

Ne connaissant que peu de chose du mode de transmission de la maladie, il est difficile d'évaluer la durée de la période d'incubation. Dans quelques cas, la femme depuis plusieurs semaines, présentait des signes de lassitude, l'appétit était très diminué, l'insomnie et la rachialgie ont été également observés. Ces symptômes ont quelquefois contribué à égarer le diagnostic vers d'autres affections avant l'apparition de la triade symptomatique. Quelquefois la période des prodromes est beaucoup plus courte, ne durant que quelques jours ; le début est alors fébrile ; on observe du catarrhe des voies respiratoires supérieures, des troubles digestifs (nausées, vomissements), des douleurs musculaires ; ces troubles font penser à la grippe qui précède l'encéphalite (Neal et Sachs). Enfin les prodromes peuvent manquer complètement, la femme entre de suite dans la période aiguë ; ceci est particulièrement typique chez une malade de Putnam, ainsi que dans notre observation. Plus rarement le début est atypique : le médecin est appelé à voir la malade pour un autre symptôme grave : une rétention d'urine chez une malade de Blanc.

Dans l'encéphalite léthargique survenant au cours d'une grossesse, on pourrait décrire comme dans les autres cas de nombreux types cliniques en insistant sur

l'importance de tel ou tel symptôme, sur la date d'apparition, la durée, l'évolution et nous aurions un grand nombre d'aspects cliniques. Nours bornerons notre tâche à distinguer seulement les cinq types rencontrés le plus souvent par les auteurs ; troix existent au début de la période aiguë et peuvent représenter toute la maladie ou bien être suivis par l'un des deux autres aspects cliniques :

Type ophtalmoplégique.
Type à mouvements anormaux.
Type à début par phénomènes psychiques.

Puis ensuite :

Type à forme grave.
Type à forme périphérique.

Type ophtalmoplégique. — Il semble être l'un des plus fréquents, les troubles oculaires existent, soit isolément, soit associés à d'autres manifestations pathologiques. Ils consistent en lésions de la III[e] paire qui est la principale intéressée, puis de la IV[e] et de la VI[e] paire. La lésion de la III[e] paire détermine du ptosis ; la malade a un faciès particulier, le ptosis est plus ou moins accentué ; tantôt la femme est peu gênée par la chute de la paupière qu'elle relève en faisant un effort, tantôt la gêne devient plus grande et la malade ne peut presque rien voir. Le ptosis est unilatéral ou bilatéral. Dans un cas le ptosis est survenu à la paupière gauche 4 jours après l'apparition à la paupière droite. Ce symptôme précède souvent la montée de température ; il existe le plus souvent asso-

cié à d'autres paralysies qui entraînent la diplopie et le strabisme. La diplopie est avec le ptosis une manifestation très commune du début, elle a été rencontrée 7 fois sur 13 observations ; elle est plus souvent unilatérale, quelquefois bilatérale ; sa durée est très variable, on la trouve fugace ou intermittente, elle peut persister dans la majorité des cas durant toute la maladie ; le strabisme qui coexiste, affecte le type divergent.

Comme symptômes concomittants, on peut observer la somnolence à ses différents degrés ainsi que quelques mouvements anormaux choréiques.

Type à mouvements anormaux. — Ces mouvements anormaux sont dus à des phénomènes d'excitation motrice. Ils présentent de nombreuses variétés. Les crises épileptiformes généralisées n'ont pas été retrouvées chez la femme enceinte, mais des crises épileptiformes localisées ont été observées par les auteurs américains. Les tremblements ne sont pas des phénomènes de début; les mouvements choréiformes sont très fréquemment constatés à ce moment ; c'est le premier symptôme, qui attire en certaines circonstances l'attention de la malade ou de son entourage. Ce sont des oscillations irrégulières à la fois dans le temps et l'espace, désordonnées, de localisation très variable intéressant soit les membres d'un même côté, soit affectant le genre croisé. La coexistence de l'insomnie, de la céphalée, d'une élévation de température avec ces mouvements est très remarquable. On n'observe guère en général d'autres symptômes dans ce type choréiforme. Les myoclonies débutent à la paroi

abdominale dans des cas à évolution rapide et grave, souvent fatale.

Type à phénomènes psychiques. — Dans ce type les phénomènes observés sont provoqués par l'excitation ou la dépression. Le principal symptôme de la dépression est une modification du sommeil qui augmente de durée et d'intensité. La somnolence peut avoir un début progressif ou un début brusque. Dans le cas de malaise à début progressif, le trouble met une dizaine ou une quinzaine de jours à s'établir, puis le sommeil plus ou moins profond est constitué. Chez d'autres malades comme celle de Sachs, la somnolence débute brutalement, on trouve la femme endormie gisant sur le sol de sa chambre. Les troubles oculaires apparaissent très rarement et dans ce cas le premier symptôme est celui d'un état pithiatique, l'évolution seule permet ensuite la distinction.

A la somnolence s'opposent l'insomnie et les troubles d'excitation psychiques sous leurs différentes formes : excitation verbale, agitation, subdélire, délire. Il est intéressant de remarquer que les troubles d'excitation et ceux de dépression peuvent se succéder ainsi que l'ont vu M. Klippel et Baruk chez une malade. Cette femme présentait de l'excitation verbale, puis de l'agitation, frappant son entourage, brisant les meubles qui garnissaient son appartement. Le subdélire et le délire revêtent chez la femme enceinte 2 formes particulières : le délire professionnel retrouvé deux fois et le délire mélancolique provoquant une tentative de suicide dans un cas.

Dans ces différents types du début, la fièvre lorsqu'elle existe est peu élevée, elle atteint 38°, 38°5 et ne dure que quelques jours ; l'état général ne semble pas très atteint ; dans quelques cas il y a tout de même des modifications des formules cytologiques et des taux de l'urée dans le sang et du glucose dans le liquide céphalo-rachidien. Ces types peuvent constituer toute la maladie, l'évolution sera plus ou moins longue, quelques semaines à quelques mois et le pronostic restera bon pour la mère et pour l'enfant.

Si l'évolution de la maladie ne s'arrête pas à l'un de ces aspects cliniques, nous entrons dans l'un des deux types suivants.

Type à forme grave. — Il est caractérisé par un ensemble de symptômes remarquables : somnolence, myoclonies, troubles oculaires et fièvre.

La somnolence si elle existait déjà augmente d'intensité ou bien elle apparaît et de suite elle prend la première place dans le tableau clinique. La malade a les apparences du sommeil profond, la conscience n'est cependant pas abolie puisque la femme répond très justement aux questions qu'on lui pose. Ce sommeil est à peu près continu, il faut interpeller la malade pour qu'elle s'alimente. A la somnolence succède un sommeil plus profond ou même le coma ainsi que l'ont observé Marmesco, Mercier et nous même.

Le second symptôme est constitué par des mouvements anormaux comprenant les myoclonies et les tremblements. Les myoclonies sont des secousses involontaires

suivies de décontraction immédiates. Elles siègent en différents points du corps : myoclonies de la paroi abdominale et du diaphragme (Novaes e Souza), moitié droite du corps dans 3 cas, du bras droit seul, des paupières, des lèvres, de la langue. Le hoquet a été observé chez une femme enceinte de 3 mois. Les tremblements sont de deux espèces ; les uns menus à nombreuses oscillations siégeant aux doigts ; les autres à caractère intentionnel, occupant tout un membre et ressemblant à celui de la sclérose en plaque.

Le troisième groupe comprend les troubles oculaires : ptosis, diplopie apparus en général beaucoup plus tôt, des troubles des réflexes photo-moteurs et accommodateurs. La diplopie et le ptosis ont été observés au 17e jour de l'affection (Mercier), l'inégalité pupillaire, les réflexes photo-moteurs et accommodateurs sont légèrement diminués, parfois on note du nystagmus.

La température dans cette forme est toujours élevée, de 38°-38°5 au début de l'affection, elle monte à 39°, s'y maintient et au voisinage de la mort monte à 41°2 dans notre observation et même 42°3 chez une malade de Marinesco.

Les troubles des sphincters sont communs, consistant d'abord en constipation et rétention des urines, ils se transforment au bout de peu de temps en phénomènes d'incontinence qui contribuent à la formation d'escharres.

Les troubles respiratoires se manifestent surtout par de la tachypnée atteignant 40 à 60 à la minute. De nombreux cas de pneumonie ont été trouvés à l'autopsie

d'encéphalitiques ; ceci s'observe aussi chez la femme enceinte. Plus rarement on trouve de la congestion pulmonaire.

Dans l'appareil circulatoire, le pouls varie suivant les sujets ; chez certains, le nombre des battements suit la montée de la température ; chez d'autres, il se produit au contraire une dissociation.

L'appareil urinaire présente quelques troubles ; le volume des urines reste voisin de la normale, ainsi que les différents auteurs l'ont constaté. L'albuminurie est fréquente, ce qui concorde bien avec le caractère infectieux de la maladie. L'observation du taux de l'urée dans le sang s'observe dans les cas mortels : 2 gr. 87 (Marinesco), 1 gr. 69 chez notre malade.

Le sang : son examen ne permet d'observer qu'une leucocytose modérée (10 à 15.000) et une diminution des globules rouges : 3.500.000 environ.

Dans le liquide céphalo-rachidien, on ne trouve pas de lymphocytose dans la plupart des cas. L'augmentation du taux du glucose s'observe dans certains cas graves (0,80 dans le cas publié).

La durée de cette période est relativement courte, s'élevant à une dizaine de jours environ, rarement plus, 40 jours chez une malade de Mercier. Le pronostic est très sombre pour la mère et pour l'enfant.

Type à forme périphérique. Il présente plusieurs variétés.

Une première comprend les paralysies faciales du type périphérique. Cette lésion a été rencontrée 4 fois sur 24 observations. Elle apparaît assez tôt, le 10e jour (Mme

Forget), le 11e (Mlle Lévy), Neal la constata aussi chez une femme enceinte. Ces paralysies sont légères, dissociées et inégales, frappant plutôt le facial inférieur.

Une seconde variété est constituée par le syndrome parkinsonien que nous décrirons plus bas.

Ces deux variétés se suivent souvent dans cet ordre chez la même malade ; il n'y a pas de gros troubles de l'état général, apyrexie, urines normales, réflexes oculaires normaux, pas de paralysies oculo-motrices. Le pronostic est relativement bon dans cette variété.

II. — Grossesse survenant chez une femme atteinte d'encéphalite léthargique

Dans ces circonstances, les prodromes sont très diminués de durée et même assez souvent ils font défaut. Dès le début de la grossesse, à la fin du premier mois, l'encéphalite que l'on croyait guérie ou en voie de guérison se réveille. Ses manifestations se présentent sous deux types cliniques :

Un type grave, analogue à celui décrit précédemment, les troubles oculaires, la somnolence, les myoclonies apparaissent, en même temps la température monte. L'évolution a lieu vers la mort dans une grande partie des cas observés, surtout s'il s'est écoulé peu de temps entre le début des phénomènes encéphalitiques et celui de la grossesse. Le pronostic est alors très sombre pour la mère et pour l'enfant, la grossesse n'allant pas à terme. Si un temps plus long, quelques années mêmes, se sont passés entre ces deux événements, l'encéphalite re-

vêt un autre type clinique, celui de syndrome parkinsonien.

L'entourage est frappé par le masque figé et la raideur des attitudes de la malade. Celle-ci marche a petits pas, une poussée en arrière ou en avant la ferait tomber si elle n'était retenue. La bouche est ouverte, laissant s'écouler une salive abondante ou de quantité exagérée ; la voix est chuchotée, faible, presque éteinte. Aux membres supérieurs existe un tremblement, surtout accentué aux doigts, mais ne présentant pas le mouvement de rouler la cigarette, le tremblement de la langue, les attitudes cataleptoïdes avec arrêt d'un mouvement commencé sont très caractéristiques. En même emps, dans la sphère psychique, on observe des idées tristes, du délire mélancolique, de la perte de la volonté. Les réflexes tendineux sont vifs.

Dans cette variété, dont l'évolution peut durer de plusieurs mois à plusieurs années, le pronostic est réservé pour la mère, vu la possibilité de complications (Mme Forget). Il est très favorable pour l'enfant.

Auprès de ce syndrome parkinsonien généralisé, certains auteurs ont décrit des types avec manifestations parkinsoniennes localisées à un membre par exemple et s'accompagnant souvent de paralysies faciles. Le pronostic de ces type est identique à celui du syndrome parkinsonien généralisé.

CHAPITRE III

Evolution et Pronostic

La diversité clinique de l'encéphalite survenant chez la femme enceinte est particulièrement frappante en ce qui concerne l'évolution et le pronostic de la maladie, la durée, le mode de terminaison, les complications variant suivant les malades. Nous aurons davantage en vue dans ce chapitre l'influence de l'encéphalite sur la grossesse et celle de la gestation sur la marche de l'encéphalite.

Influence de l'encéphalite sur la grossesse.

C'est le cas le plus général qui se présente si nous nous en tenons aux observations publiées jusqu'ici. Une femme est enceinte, survient chez elle une encéphalite, que deviendra la grossesse. Sur un ensemble de 19 observations, il y a eu 11 fois mort du produit de conception, on a constaté un avortement à 3 mois, 2 expulsions de fœtus à 6 mois, une à 7 mois $\frac{1}{2}$, 5 à 8 mois et enfin deux enfants sont morts au terme de la grossesse. Dans presque la

moitié des cas il y a donc une expulsion prématurée du fœtus.

Dans toutes les observations, nous n'avons pas trouvé mention d'incidents dystociques. La durée du travail semblerait légèrement augmentée. Le travail présente un caractère remarquable, l'absence ou la diminution très accusée des douleurs, que l'on pourrait rapprocher de certaines paresthésies rencontrées dans l'infection.

L'accouchement ne modifie pas l'évolution de la maladie, l'encéphalite suit son cours soit vers la guérison complète ou partielle, soit vers la mort.

Influence de la grossesse sur l'encéphalite.

Les cas en sont peu nombreux, nous avons pu en réunir seulement cinq dans les littératures médicales françaises et étrangères, 2 signalés par E. del Sol, 1 observé par M. Dauhirg et 2 observés par Mlle Lévy. Il résulte que la maladie est influencée fâcheusement par la grossesse et cela d'autant plus que le début de la gestation est plus rapproché de la période aiguë de l'encéphalite. Dans un des cas de E. del Sol, l'affection, aussitôt la grossesse alla en s'aggravant jusqu'à la mort. Dans trois autres cas, il s'était écoulé un certain temps entre la période aiguë et le début de la conception, les malades présentèrent un syndrome parkinsonien qui durait encore chez l'une d'elles 18 mois après le dernier accouchement. Il semble donc que le virus reste toujours latent et qu'une occasion propice, tel que l'état puerpuéral le réveillera. Ceci est particulièrement typique dans les autres observations de M. Dauhirg, et E. del Sol, où l'encéphalite débutant à la fin d'une grossesse s'apaise après l'accouchement,

durant une période plus ou moins longue, le sujet se croit guéri, puis survient une nouvelle gestation, l'état général s'aggrave, les différents symptômes se manifestent avec plus d'intensité qu'à la première atteinte, dans deux de ces dernières observations les femmes accouchèrent prématurément au 8e mois, leurs morts et celles des enfants ne tardèrent pas à suivre.

L'encéphalite léthargique de la femme enceinte est une maladie particulièrement grave. Sur 26 observations, quinze fois l'affection s'est terminée par la mort, ce qui fait pour la femme une mortalité clinique voisine du chiffre de 60 % donné par les auteurs, chiffre très supérieur à celui de la mortalité survenant chez les autres individus et évalué à 30 %. De plus dans 3 cas, l'encéphalite a provoqué des complications, il n'y a en définitive de véritable guérison que dans le tiers des cas environ.

Pour l'enfant, comme pour la mère le pronostic est très sérieux. Sur 29 grossesses, nous avons noté 16 morts pour 10 enfants vivants et 3 sur lesquels manquent les renseignements. Les 16 morts constituent une perte de 55 o/oo chiffre très supérieur à ceux publiés jusqu'à ce jour. Sur 16 morts, 1 fœtus a été expulsé à 3 mois $\frac{1}{2}$, 2 à 6 mois, 1 à 7 mois $\frac{1}{2}$, 8 à 8 mois et 2 enfants sont décédés à terme. Les autres enfants se sont bien élevés, certains ont été revus jouissant d'une excellente santé un an après l'accouchement. L'état de l'enfant n'est pas toujours aussi lié à l'état de la mère ainsi qu'on pourrait le penser. Dans certains cas où la mère a succombé, tels que ceux du Prof. Couvelaire et de M. Mercier, les enfants sont devenus très vigoureux, tandis que dans d'au-

tres comme celui ide M. Voron, l'enfant a été expulsé à 3 mois $\frac{1}{2}$ alors que la mère présentait une forme bénigne d'encéphalite qui guérit parfaitement.

Nous pouvons conclure en disant que la grossesse aggrave d'une façon générale l'encéphalite qu'elle la précède ou qu'elle la suive. Pour la mère les symptômes les plus inquiétants à cet égard sont la courte durée de la période d'invasion, la température élevée et stationnaire, le coma, l'augmentation du taux de l'urée dans le sang et celle du glucose dans le liquide céphalo-rachidien, on doit les rechercher car ils ont une grande importance au sujet de la décision thérapeutique à prendre.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les premières recherches anatomo-pathologiques concernant les lésions de l'encéphalite léthargiques sont dues à von Œconomo qui observa des lésions surtout vasculaires de l'encéphale, lésions siégeant dans les pédoncules cérébraux, la protubérance, les noyaux gris centraux ou descendant vers le bulbe et la moelle. L'écorce était moins souvent intéressée. Le microscope permit de constater que ces lésions se répartissaient autour des vaisseaux et qu'il existait en même temps des altérations des cellules nerveuses.

Ces premières recherches ont été confirmées par les travaux ultérieurs en ce qui concernait les lésions chez la plupart des sujets, chez la femme enceinte succombant à l'encéphalite, peu d'examens anatomo-pathologiques ont été pratiqués, nous en avons retrouvé trois auxquels nous joignons celui de l'observation I. Nous étudierons les lésions macroscopiques, puis microscopiques et enfin la topographie.

Lésions macroscopiques. — On ne trouve généralement que peu de chose et même quelquefois rien d'appréciable comme dans un cas de Turenne pourtant bien caractéristique au point de vue clinique. Les méninges entourant l'encéphale sont congestionnées, légèrement épaissies. Parfois on observe des hémorragies dans la pie-mère.

Les circonvolutions prennent une teinte rosée ou même hortensia. Sur les coupes de l'encéphale, on voit aussi de la congestion, un piqueté hémorragique.

Lésions microscopiques. — On reconnaît d'abord l'existence de lésions méningées très accentuées sutout au fond des sillons qui contiennent un exsudat renfermant de nombreux leucocytes.

Les lésions du système nerveux sont surtout vasculaires et périvasculaires ; elles frappent principalement les veinules. Comme le fait remarquer Marinesco, les altérations artérielles sont moins fréquentes cependant elles existaient dans notre cas.

Les gaines lymphatiques des vaisseaux sont infiltrées par de nombreuses cellules formant un véritable manchon périvasculaire. La périvascularite est la lésion la plus commune, elle consiste en une métaplasie lymphoïde de la tunique adventitielle, métaplasie contribuant à la formation de phagocytes variés qui, après émigration dans le tissu nerveux, s'empareront des divers produits dégénératifs ; elle consiste en outre en une réaction endothéliale ; toute la paroi vasculaire est envahie par la métaplasie. Il existe souvent une hémorragie qui fuse dans

les espaces péri-lymphatiques vasculaires, rappelant ce qu'on observe dans les anévrismes disséquants, on trouve alors du pigment hématique libre inclus dans les phagocytes.

Un autre ordre de lésions est constitué par l'infiltration qui est composée d'éléments variés d'origine conjonctivo-vasculaire, névroglique et même microglique.

Les péri-vascularites impliquent une altération des éléments neuro-ganglionnaires selon la loi de dualité neuro-intersticielle formulée par M. J. Bertrand. « Une altération d'un appareil entraîne forcément une altération de l'autre. Les altérations des cellules nerveuses ont été rencontrées surtout dans les noyaux gris du mésocéphale et dans le locus niger. Le nombre des cellules pigmentaires diminue et les granulations pigmentaires sont rejetées à la périphérie dans les espaces intercellulaires. Autour de quelques cellules, on peut voir apparaître de véritables nodules ressemblant aux nodules de Babès ou à ceux du typhus exanthématique. Les cellules nerveuses situées en leur intérieur dans certains cas sont atrophiées, tandis que dans d'autres elles subissent un processus de neuronophagie.

Topographie des lésions. — La topographie des lésions ne semble pas aussi constante chez la femme enceinte que dans les cas observés chez les autres individus. Les lésions sont bilatérales mais non symétriques.

Leur siège de prédilection est le pédoncule cérébral et les tubercules quadrijumeaux ; le locus niger présente le maximum des altérations dans trois observations sur

quatre. Elles peuvent remonter vers les noyaux gris centraux, ainsi que l'ont constaté deux auteurs, ou bien se diriger vers la protubérance, le bulbe et le cervelet. Après le pédoncule cérébral, la protubérance était la plus atteinte surtout au niveau de la calotte. Les noyaux gris centraux présentent peu de lésions ; de même l'écorce cérébrale était à peu près intacte dans tous les cas. Le cervelet, dans l'observation de M. Couvelaire, était pris dans sa totalité et présentait une infiltration assez discrète jusque dans l'écorce. Dans le bulbe et la moëlle, les lésions sont en général minimes, les noyaux peuvent être pris et l'examen permet d'y déceler de légères traces d'inflammation.

Les lésions méningées sont quelquefois très intenses ; MM. Souques et Bertrand l'avaient déja signalé dans un cas. Chez notre malade, la méninge tapissant la face antérieure du mésocéphale présentait une réaction intense avec véritables thromboses des veines du plexus intra-méninge dues à des polynucléaires. Cette réaction était bien en rapport avec la désintrégration active du parenchyme nerveux sous-jacent, ainsi que l'avaient observé M. Moreau dans un cas de chorée aiguë et M. Bertrand.

Quelquefois les lésions sont atypiques ou bien minimes, ainsi que l'ont vu MM. Marinesco et Turenne.

L'examen du système nerveux du fœtus, pratiqué dans deux cas, n'a pas donné de grands résultats. Le Professeur Achard n'a pu trouver de lésions appréciables chez un fœtus expulsé par une de ses malades quelques heures avant sa mort. Marinesco a observé une forte dilata-

tion des petits vaisseaux dans le bulbe et quelques lésions inflammatoires dans les ganglions de l'écorce et dans l'écorce.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de l'encéphalite chez la femme enceinte peut être très facile ou très difficile, vu le grand nombre et la variabilité des symptômes. Nous n'envisagerons que les difficultés rencontrées par les différents auteurs chez leurs malades.

Lorsque le médecin, appelé près d'une malade, observe la somnolence, les troubles oculaires, les myoclonies, les troubles généraux, le doute n'est guère permis et le diagnostic sera immédiatement formulé, mais s'il trouve une femme ne présentant que des symptômes isolés, troubles de la vue, algies, tremblements, attendre l'évolution des accidents pour préciser le diagnostic est préférable.

A la période de début, la maladie simule un catarrhe des voies respiratoires supérieures, une grippe et dans les observations de Neal et Sachs il s'agissait, en effet, d'une grippe qui ouvrit le chemin à l'encéphalite. La

distinction entre les deux affections est assez difficile à établir ; pour certains auteurs elle n'existerait pas. On s'appuiera sur l'asthénie très marquée, la température plus élevée, les troubles digestifs et respiratoires pour affirmer la grippe.

Plus tard, au commencement de la période aiguë, l'apparition des troubles oculaires, des mouvements anormaux et des troubles psychiques peut prêter à confusion avec certaines autres maladies.

Les troubles oculaires que l'on rencontre dans un grand nombre d'intoxications nous obligent à établir le diagnostic différentiel entre deux d'entre elles et l'encéphalite épidémique.

Le botulisme avait été fréquemment incriminé en Angleterre et en Amérique lorsque furent constatés les premiers cas d'encéphalite. Le début dans la journée suivant l'ingestion des aliments nuisibles, les malaises survenant comme une petite épidémie chez les personnes ayant consommé cet aliment, les vomissements intenses, ainsi que les troubles oculaires consistant surtout en mydriase et lésions neuro-rétiniennes, sont en faveur de l'intoxication alimentaire.

Dans les prodromes de l'éclampsie, on observe souvent des phénomènes oculaires consistant en diplopie ; ils sont accompagnés de bourdonnements d'oreilles, de sensation de barre au creux épigastrique, symptômes décrits dans l'encéphalite ; l'albumine dans les urines, les œdèmes des membres inférieurs, l'hypertension artérielle éliminent rapidement le diagnostic d'encéphalite.

Les exanthèmes et les énanthèmes accompagnés d'une

angine initiale nécessitent parfois un diagnostic différentiel entre l'encéphalite et la scarlatine.

Les mouvements anormaux, choréiques, peuvent simuler une chorée gravidique. La coexistence d'accidents cardiaques, le début lent et progressif ou brusque à la suite d'une émotion, les antécédents de la malade révélant une chorée dans l'enfance permettent d'établir ce diagnostic. Si les troubles étaient moins nets ou si les renseignements faisaient défaut, l'évolution normale de la grossesse, l'exagération des mouvements anormaux au moment du travail permettraient de rattacher ces accidents à la chorée de Sydenham plutôt qu'à l'encéphalite et les résultats de la ponction lombaire viendraient confirmer cette idée.

Les convulsions localisées peuvent en imposer pour une cause d'irritation corticale et faire mettre en œuvre une trépanation.

Plus tard, l'aspect clinique peut prendre le masque d'une fièvre typhoïde : température élevée, torpeur, langue rôtie, fuliginosités des lèvres, délire plus ou moins intense, soubresauts des tendons. Le diagnostic ne pourra se fonder que par l'absence de dicrotisme du pouls, le volume de la rate, l'anamnèse (ingestion d'eau suspecte, épidémie dans l'entourage de la malade) et aussi par la rareté de cette affection chez la femme enceinte. L'évolution par septenaire de la typhoïde, les taches rosées lenticulaires et enfin les examens de laboratoires : hémoculture et séro-diagnostic écarteraient tous les doutes.

Un état infectieux, accompagné d'agitation extrême avec hallucinations, délire, fera penser au délirium tre-

mens ; la ponction lombaire avec la faible lymphocytose et l'augmentation du glucose, fournira les preuves de l'existence de l'encéphalite.

Les affections qui prêtent le plus à la confusion avec cette affection sont comprises dans le groupe des méningites. Troubles oculaires, torpeur, délire, troubles moteurs mal définis, surtout s'il s'y joint un peu de raideur de la nuque et le signe de Kernig feraient plutôt penser à une méningite. Quelques symptômes cependant permettent de résoudre ce problème. Il faut s'adresser en premier lieu aux troubles digestifs ; les vomissements très fréquents dans les méningites sont rares dans l'encéphalite léthargique. Ensuite on aura recours à la ponction lombaire qui donnera des indications d'une grande importance L'aspect du liquide, trouble, plus ou moins purulent, impose le diagnostic de méningite ; la recherche des microbes sur lame, par ensemencement ou par inoculation, fournira la nature de cette méningite. Le diagnostic est particulièrement difficile avec la méningite tuberculeuse ; la dissociation du pouls et de la température serait plus en faveur de celle-ci. Enfin la numération des lympocytes, la polynucléose, la recherche du taux de l'albumine et du glucose peu élevé sera pour la méningite, tandis qu'un taux d'albumine normal, accompagnant une lymphocytose avec augmentation du glucose, indiquera une encéphalite.

Un diagnostic particulièrement délicat est celui à établir entre l'encéphalite épidémique et la syphilis nerveuse. Pour faire la distinction, on s'appuiera d'abord sur la réaction de Bordet-Wassermann ; si elle est positive,

l'argument est en faveur de la syphilis ; cependant des spécifiques peuvent contracter l'encéphalite et cette ressource disparaît. Dans cette forme de syphilis la lymphocytose est très marquée : jusqu'à 150 lymphocytes, mais elle ne varie guère suivant les jours où on pratique l'examen. Les accidents progressent lentement, tandis que ceux de l'encéphalite apparaissent et s'en vont très rapidement.

La paralysie agitante et le syndrome parkinsonien se distinguent par l'âge auquel ils débutent : après 50 ans pour la maladie de Parkinson, bien avant cet âge et même dans l'enfance pour le syndrome. Elle se développe graduellement sans être précédée de phénomènes infectieux, prenant d'abord un membre, puis affectant un type hémiplégique, progressant très lentement. Le tremblement des extrémités est plus régulier que dans le syndrome parkinsonien ; les arthropathies déformantes et l'évolution extensive de la maladie de Parkinson la différencient du syndrome parkinsonien.

Enfin auprès des différents troubles organiques pouvant ressembler à l'encéphalite, nous devons mentionner les troubles anorganiques du système nerveux. Les accidents hystériques ou pithiatiques simulent les différentes formes cliniques de l'encéphalite. La somnolence à ses différents degrés, les myoclonies, les attitudes figées, les parésies appartiennent souvent à l'hystérie. Le diagnostic différentiel ne pourra se baser que sur les attaques de narcolepsie suivies de spasmes et de sanglots, sur l'anesthésie de la peau et des muqueuses, sur le ca-

ractère normal des éléments du liquide céphalo-rachidien et en dernier ressort sur l'influence remarquable de la suggestion sur la disparition des phénomènes.

CHAPITRE VI

Traitement

Nous n'aurons en vue, dans ce chapitre, que l'étude rapide du traitement de l'encéphalite léthargique chez la femme enceinte, ainsi que celle des indications et des contre-indications des interventions obstétricales.

I. — Traitement médical

En l'ignorance où nous sommes de la nature du virus encéphalitique, il est pratiquement impossible d'avoir recours à une médication spécifique de la maladie ; le traitement sera donc purement palliatif.

Nous aurons à lutter contre les principaux symptômes : la somnolence, les parésies, l'asthénie et pour cela nous employons les stimulants : acétate d'ammoniaque, strychnine. Toutefois, il faut remarquer que ces médicaments doivent être donnés avec modération, afin d'éviter les phénomènes d'excitation et de délire. La série des

sédatifs du système nerveux : bromures, chloral, morphine et opiacés, etc., sera maniée de même avec prudence pour prévenir l'apparition de la somnolence.

La nature infectieuse de la maladie commande l'emploi des médications propres à juguler les infections. L'uroformine est le produit qui a le plus la faveur des médecins. Sa grande diffusibilité, non seulement dans les urines, mais aussi dans les humeurs de l'organisme et en particulier dans le liquide céphalo-rachidien, l'a fait adopter dans la cure des méningites, ainsi que le préconise Cushing. L'administration a lieu par voie buccale ou par voie intra-veineuse : 1 à 6 gr. par la bouche ou 1 gr. 50 à 2 gr. intra-veineux. Ce médicament ne présente qu'un inconvénient, celui de produire des hématuries, même si les doses utilisées sont peu élevées ; hématuries probablement dues à l'action irritante du formol sur un rein déjà lésé par le virus encéphalitique.

On a également essayé les médications de choc et pour cela employé les différents agents suceptibles de les produire : électrargol, salvarsan, peptone, lait ; il ne semble pas que les résultats aient donné entière satisfaction aux auteurs.

L'abcès de fixation provoqué suivant la méthode de Fochier, par l'injection sous la peau de la cuisse de 2 cc. d'essence de térébenthine ne réalise guère les espérances fondées sur lui dans le traitement de l'encéphalite. M. Netter, l'employant dans 19 cas, n'a eu que deux insuccès, tous les deux chez des femmes enceintes. Peut-être ces insuccès tiennent-ils à une mise en œuvre trop tardive ou trop timide de cette méthode ; nous pensons qu'il

ne faut pas hésiter à pratiquer une deuxième, une troisième injections, si la première ne donne pas de résultats.

II. — Traitement obstétrical

L'accoucheur, à propos des rapports existant entre la grossesse et l'encéphalite léthargique, se trouve en présence de trois ordres de faits qui nécessiteront chacun de sa part une conduite spéciale.

1° L'encéphalite léthargique survient chez une femme enceinte.

Les auteurs sont, au sujet de la conduite à tenir, divisés en deux groupes. Les uns veulent à tout prix interrompre la grossesse ; les autres, au contraire, jugent l'abstention préférable. Les premiers, à l'exemple de E. del Sol, s'appuyant sur des observations manifestes où la grossesse aggrave la maladie, veulent immédiatement pratiquer l'avortement ou provoquer l'accouchement. Cette conduite ne nous semble pas justifiée, surtout à la suite des résultats obtenus en de semblables circonstances par E. del Sol lui-même, Santi, Banister, résultats tout à fait désastreux. Nous pensons que bien logique est l'opinion du Professeur Bar sur les indications et contre-indications de l'interruption de la grossesse chez l'encéphalitique : « Comme dans toutes les autres maladies « infectieuses aiguës survenant chez la femme enceinte « à la fin de la grossesse, le souhait le meilleur que l'on « puisse formuler est que l'accouchement ne se produise « qu'après la période aiguë de la maladie. L'accouche- « ment dans la phase aiguë est habituellement le signal

« d'une aggravation d'autant plus grave que la grosses-
« se est plus avancée ».

D'autres accoucheurs s'abstiennent de toute provocation d'accouchement, quelle que soit la forme de l'affection. Peut-être y a-t-il là l'exagération dans le sens opposé et on peut se demander si, dans le type grave précédemment décrit, il n'y aurait pas intérêt à extraire l'enfant sitôt le diagnostic posé, les raisons de sauvegarder la mère n'existant plus, puisque le pronostic est à peu près fatal pour elle.

Nous conclurons donc que l'accoucheur devra s'abstenir de provoquer l'accouchement dans la plupart des cas, puisque cette intervention est le signal d'une aggravation et que d'autre part, dans les formes légères ou à type périphérique, les auteurs observent la marche de la maladie vers la guérison et l'acheminement de la grossesse vers le terme. Cette abstention sera aussi de règle dans les formes graves s'il y a espoir de sauver la femme. Si toute espérance disparaît, avec l'apparition du coma, l'élévation de la température à 39°5, 40° et plus, l'augmentation de l'urée dans le sang et de celle du taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien, alors l'accouchement s'impose dans les plus brefs délais pour sauver l'enfant. On aura recours soit à une application de forceps après dilatation, car dans la majorité des cas les contractions utérines sont irrégulières et faibles, ou bien à l'opération césarienne comme chez une malade de Marinesco.

2° Grossesse survenant chez une femme en période aiguë ou ayant eu une encéphalite léthargique.

Si la grossesse se produit durant la période aiguë de la malade, les indications et les contre-indications sont absolument les mêmes que dans le cas précédent. On s'abstiendra, d'une façon générale et l'intervention n'aura lieu que lorsque tout espoir de sauver la mère disparaîtra. Si la femme a eu une encéphalite, on interdira absolument la survenue d'une grossesse, alors même que la maladie semble guérie, car nous savons comment celle-ci est réveillée facilement par la gestation. Les grossesses ne seront autorisées que des années plus tard, afin d'éviter l'apparition d'un syndrome parkinsonien, comme l'ont observé Mlle Lévy, M. Dauhirg.

3° Quelle sera la conduite à tenir vis-à-vis du nourrisson?

Si l'accouchement se produit durant la période aiguë, l'enfant sera allaité par une nourrice mercenaire ou élevé à l'allaitement artificiel, le lait maternel restant susceptible de provoquer des manifestations d'encéphalite chez le nourrisson.

Si la mère présente un syndrome parkinsonien, l'allaitement au sein pourra être autorisé, car il ne produit aucune manifestation chez l'enfant, ainsi que l'a constaté le Professeur Guillain.

Observations

OBSERVATION I

Mme E..., 24 ans, lingère.

Il y a peu de chose à noter dans ses antécédents héréditaires, le père et la mère sont vivants et bien portants. 9 frères ou sœurs. 2 sont morts au cours d'un accouchement (grossesse gémellaire).

Antécédents personnels : A marché à 10 mois, réglée à 14 ans, régulièrement.

Crise de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs :

1er accouchement à 22 ans : 1 fille élevée au sein, vivante.

2e accouchement à 23 ans : 1 fille élevée au sein, vivante.

Date des dernières règles : 22 au 26 mars 1922.

Apparition des mouvements actifs à 8 mois.

Accidents et complications : Albuminurie durant la grossesse.

Mme E... entre à la Maternité le 13 janvier 1923.

La malade n'a jamais été atteinte d'aucune affection jusqu'à l'âge de 11 ans. A cette époque, elle eut une forte crise de rhumatisme articulaire aigu. La malade resta alitée six semaines et eut ses membres inférieurs très enflés. Traitement au salicylate de soude. Pendant 10 ans bon état général. Puis, en 1921, deux semaines après son premier accouchement, elle a une nouvelle crise rhumatismale qui la tient alitée pendant

cinq mois. Toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont prises et très douloureuses. Depuis, la malade a pu reprendre son métier de lingère, mais souffre toujours de douleurs polyarticulaires qui l'obligent à des arrêts fréquents. Les membres ne sont plus enflés depuis la dernière crise aiguë.

Le 11 janvier, à son réveil, après avoir passé une excellente nuit, la malade se sent indisposée, elle vomit à trois reprises abondamment (vomissements jaunes verdâtres), puis subitement après ces vomissements, elle ressent des troubles oculaires qui l'empêchent de distinguer quoi que ce soit. La malade reste alitée et demande à voir le médecin ; celui-ci vient à 9 heures et institue un traitement, aucune amélioration ne se produisant, à 13 h. 30, on va chercher un second médecin. Malgré ces nouveaux conseils, l'état ne s'améliore pas. La femme urine bien et va à la selle.

Durant la nuit du 11 au 12, la malade qui ne ressent rien en dehors des troubles oculaires dort très bien sans agitation de 8 heures et demie du soir à 9 heures du matin le 12. L'après-midi, le médecin revient et ne constatant aucun mieux l'envoie à l'hôpital ; elle est reçue au service d'isolement de la Maternité le 13 janvier, à 16 heures.

On examine la malade. Depuis son arrivée, le pouls se maintient aux environs de 100, la température s'est élevée le 13 au matin à 39°2.

Dans les antécédents, on ne relève rien d'important, les parents et le mari de la malade sont vivants et bien portants, ainsi que ses deux enfants ; sur 9 frères ou sœurs, deux sont décédés à la suite de l'accouchement (jumeaux), tous les autres jouissent d'une excellente santé.

La malade se présente dans le décubitus latéral gauche, la tête reposant sur le plat du lit. Le visage est très coloré et recouvert de pigmentations brunes, réalisant bien le masque de la grossesse. Il est très bouffi et aurait augmenté après le début de la maladie actuelle. Les paupières sont constamment

abaissées. L'examen physique général et rapide nous met en présence d'une femme enceinte actuellement à terme (présentation du sommet en O. I. G. A., utérus remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic, pigmentation de l'aréole mamelonnaire, les membres supérieurs et inférieurs sont normaux, on ne relève aucun point douloureux).

Système nerveux. — L'inspection des muscles ne relève aucune déformation, pas d'atrophie ni d'hypertrophie. Le tonue musculaire est bien conservé, pas de relâchement des sphincters. Pas de contracture (Kernig négatif), pas de catatonie. La motilité volontaire est parfaitement conservée, mais la malade déclare qu'elle ne peut pas toujours ouvrir ses paupières. On ne relève aucune convulsion. Par contre on observe un tremblement intermittent des 2 membres supérieurs existant au repos mais surtout marqué pendant les mouvements. Ainsi lorqu'il s'agit de prendre sa tasse, la malade tremble davantage et ce tremblement augmente encore d'intensité et d'accélération lorsque la malade approche la tasse de sa bouche et boit. On relève aussi des myoclonies siégeant aux avant-bras et dans la région abdominale inférieure, ce sont des contractions brusques périodiques et se produisant à intervalles réguliers.

L'examen des réflexes montre les réflexes rotuliens et achilléens normaux. Le Babinski est négatif des deux côtés. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie cutanée. La malade perçoit très bien les piqûres d'épingles, mais n'indique pas exactement l'endroit où elle a été touchée, il y a hésitation puis erreur de 3 à 5 centimètres. Sensation normale du froid et du chaud. Du côté des organes des sens, l'odorat, le goût et l'ouïe ne sont pas lésés. Il n'y a que des troubles oculaires. La malade a les paupières abaissées, elle ne les ouvre que de temps à autre et à ce moment les paupières s'animent de battements rapides et réguliers de courte durée. Pas d'inégalité pupillaire. Les réflexes photo-moteurs et accommodateurs persistent.

A l'examen de la motricité des globes oculaires on ne note

pas de paralysies mais la malade déclare que depuis le lundi 8, lorsqu'elle fixe un objet, elle ne tarde pas à en voir deux. Cette diplopie est mise une fois en évidence dans le service le lundi 15, les troubles oculaires à partir de ce moment sont difficiles à rechercher, car la malade se réveillant encore après une forte excitation se rendort très rapidement.

D'une façon générale, la malade semble abattue et endormie. Par elle-même, elle ne fait rien, semble incapable de rien mais dès qu'on lui ordonne de manger, boire etc... elle exécute immédiatement ce qui lui est ordonné. Elle parle difficilement, ouvrant peu la bouche, articulant mal ses paroles, elle répond avec grande précision à toutes les questions posées. L'intelligence et la mémoire sont intactes.

Appareil urinaire. — On relève une vive douleur dans les régions lombaires difficiles à palper, en raison de l'état de la malade. A l'état de repos, la jeune femme n'en souffre pas ou n'a qu'une douleur provoquée.

L'examen des urines indique la présence d'une forte quantité d'albumine. La malade a les traits bouffis, les paupières tuméfiées, les membres inférieurs semblent en « fût de colonne ». Peau froide, amincie, luisante. Pas d'anurie, la femme produit une quantité d'urine s'élevant à 1500 cc. par 24 heures.

App. respiratoires. — On examine la malade de temps à autre, toutes les demi-heures environ, elle est secouée d'une toux quinteuse non accompagnée d'expectoration. On compte 36 respirations par minute. L'examen de la cage thoracique ne révèle rien. Amplitude normale des mouvements respiratoires. A la percussion, un peu de matité à la base droite. A l'auscultation on entend quelques râles à cette même base, inspiration humée au sommet droit.

Appareil circulatoire. — Pointe du cœur battant dans le 4e espace intercostal un peu en dedans du mamelon.

A l'auscultation on perçoit un rythme à 3 temps existant dans toute la région méso-ventriculaire. La sensation est caractéristique et plus marquée à la base. Le 2e bruit est bien

frappé, semble normal, mais le 1er bruit est à 2 temps avec un choc surajouté. Pas de souffles. Pouls tendu, bien frappé et rapide à 108. La pression artérielle prise au Pachon donne : PM = 16 cm. ; Pm = 8. I = 4½.

Appareil digestif. — Comme alimentation la malade prend deux litres de lait, elle n'a ni nausées, ni vomissements. Elle est constipée et ne va à la garde-robe qu'avec des lavements. Langue non saburrale. Foie normal, non douloureux. Rate non palpable.

14 janvier. Même état, température, le matin 37°6, le soir 38°7. On donne à la malade de l'urotropine, 2 gr. par jour par voie buccale.

15 janvier. Même état. Température, le matin 39°2, le soir 38°9. On fait une ponction lombaire et on retire 15 cc. de liquide céphalo-rachidien pour examen. La tension n'a pas été prise à l'appareil du Prof. Claude, mais le liquide ne paraissait pas hypertendu. Le résultat est :

Albumine : 0,40 ; Glucose : 0,86 ; Réaction de B. W. : négative ; Lymphocytose : ?

16 janvier. La malade semble plus fatiguée que la veille. Même physionomie, mais le pouls est à 120 et la température à 39°2. Myoclonies accentuées et très fatiguantes aux avant-bras, dans la région abdominale inférieure et à la racine des deux membres inférieurs. La malade se plaint de douleurs violentes dans les jambes. Elle répond moins bien aux questions et à voix basse, 40 respirations à la minute. Toux moins fréquente. On fait une prise de sang pour dosage de l'urée et on examine les urines :

Dans le sang, urée, 1 gr. 69 %. Urines : volume, 950 cc. ; urée, 13,10 %.

Hémoglobine réactions intenses.

Sédiments hématuries, nb. cylindres granuleux.

Au soir, pouls à 120, température à 38°9. On fait à la malade sept ventouses scarifiées dans la région lombaire. On fait éga-

lement une piqûre de 2 cc. d'essence de térébenthine pour abcès de fixation dans la partie ext. de la cuisse droite.

A 18 heures, contractions utérines, rupture de la poche des eaux laissant pressentir un accouchement prochain. S'il ne se produit rien on convient de faire le lendemain matin un accouchement provoqué.

17 janvier. Durant la nuit la malade s'assoupit de plus en plus. Le 17 au matin on trouve un état sensiblement aggravé. Les paupières sont fermées, la malade est secouée par une respiration stertoreuse à raison de 38 à la minute. Pouls très accéléré à 136, température axillaire 40°4. La malade ne répond plus aux questions et avale très difficilement le liquide, l'urine émise dans les 24 heures a un volume de 1200 cc. Coma complet, faciès très pâle, langue saburrale. Depuis la veille au soir paralysie des sphincters anaux et vésicaux.

A 10 heures ½, la malade meurt sans autres symptômes additionnels. On fait immédiatement une césarienne post-mortem. On ouvre l'utérus, on se trouve sur le placenta, on retire un fœtus du sexe féminin cyanosé, contracturé, du poids de 3 kg. 240, mort-né. On referme l'utérus et la paroi abdominale. L'enfant a été extrait par cette intervention au plus tard 10 minutes après la mort de sa mère.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Mésocéphale. — C'est la région du système nerveux qui renferme les lésions maxima. Ces lésions sont irrégulièrement réparties dans toute l'étendue des pédoncules. Le pied et la calotte sont également atteints. Le locus niger contient encore des cellules pigmentaires, mais la plupart en sont dépourvues ; on retrouve des granulations pigmentaires dans les espaces inter-cellulaires et surtout dans les gaines lymphatiques périvasculaires. Tout le locus niger est le siège d'une infiltration inflammatoire intense. Cette infiltration est diffuse et consiste surtout en petites cellules embryonnaires.

Le pied du pédoncule est le siège de péri-vascularite très

marquée, l'infiltration inflammatoire y est moindre que dans le locus niger. Toutes les branches provenant de la cérébrale postérieure dès leur pénétration dans le mésocéphale sont entourées d'une gaîne inflammatoire intense très épaisse.

Toute la méninge molle tapissant la face antérieure du mésocéphale renferme de nombreux éléments lymphoïdes et en particulier l'espace perforé antérieur avec ses innombrables rameaux vasculaires est le siège d'une réaction méningée intense. Cette réaction méningée diminue sur les faces latérales du mésocéphale et elle disparaît presque complètement dans la région des tubercules quadrijumeaux. C'est surtout le gros confluent sous-arachnoïdien antérieur qui paraît infecté. Dans les veines du plexus intra-méningé, on assiste à une véritable trombose locale par de nombreux polynucléaires et quelques mononucléaires. Cette polynucléose indique une désintrégation marquée du parenchyme nerveux.

Toute la région de la calotte présente les lésions inflammatoires les plus diffuses et les plus irrégulières. Il est impossible d'assigner une topographie quelconque à ces lésions qui n'épargnent ni la substance grise ni la substance blanche. Le lemnisque médian et les lemnisques latéraux sont également infiltrés, ainsi que le noyau et la commissure de Wernicke. Les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs sont aussi infiltrés et les noyaux latéraux et médians du nerf moteur oculaire commun le siège de péri-vascularite.

Protubérance. — Les lésions sont beaucoup moins marquées que dans la région mésocéphalique. Il a semblé, cependant, que la calotte protubérantielle présentait une atteinte plus sévère que le pied. Il est difficile de déceler les lésions mêmes des noyaux du pont ou des noyaux moteurs des nerfs de l'œil. Il faut pour cela employer les méthodes précises telles que celle de Niessl, l'existence seule des périvascularites implique une altération des éléments neuro-ganglionnaires.

Région sous-optique. — Des coupes verticales passant par les noyaux gris centraux, l'étage sous-optique et la région de

la calotte nous montrent des lésions prédominant dans le locus niger, le corps de Luys, le noyau rouge, sa capsule.

Toutes les formations blanches de la région, le faisceau thalamique, le faisceau central, les radiations thalamiques du noyau rouge, le faisceau de Meynert sont également envahis par le processus d'infiltration ; néanmoins il est possible de trouver des lésions de périvascularite et des nodules inflammatoires dans le noyau interne du thalamus et la portion toute inférieure du noyau externe.

Les noyaux gris centraux présentent peu de lésions en dehors du segment du thalamus précédemment décrit. C'est avec peine qu'on peut déceler sur de rares coupes une trace légère de péri-vascularite.

L'écorce cérébrale montre une congestion diffuse du réseau vasculaire intra pie-mérien, ce n'est que dans les sillons qu'il est possible de déceler les infiltrats leucocytaires. Dans tous les cas, la réaction méningée corticale reste atténuée. Les corpuscules satellistes des cellules pyramidales sont plus nombreux qu'à l'état normal, les lésions inflammatoires restent atténuées, ainsi que celle du centre ovale.

Cervelet. — Il est remarquablement conservé dans toute sa hauteur.

Bulbe. — Il est possible de trouver quelque périvascularite avec dilatation œdémateuse des gaines lymphatiques périvasculaires.

Moëlle. — Elle contient des infiltrats inflammatoires le long de la fissure médiane antérieure, mais il n'existe pas de lésions polio-myélitiques.

En résumé :

Névraxite inflammatoire diffuse atteignant également substance blanche et substance grise et s'accompagnant de périvascularite, de nodules inflammatoires et d'une réaction méningée. Malgré la diffusion des lésions, leur prépondérance mésocéphalique est indéniable, ainsi que l'envahissement de l'étage sous-optique. Cette prédominance mésocéphalique et la

discrétion des lésions contingentes sont en rapport avec l'évolution rapide de la maladie.

OBSERVATION II

(Due à M. le Docteur Blanc)

Le Docteur Morinière est appelé le 15 avril 1920, à la Chapelle St-Florent, auprès de Mme T..., âgée de 35 ans, qui présente une rétention d'urine. Cette femme accuse, depuis quelques semaines, différents malaises (nausées, étourdissements, maux de tête, troubles de la vue), qu'elle met sur le compte d'une grossesse. De fait, la date des dernières règles remonte à trois mois environ. Au toucher, l'utérus est augmenté de volume, semble gravide, mais n'est pas rétroversé. La vessie est évacuée, les urines analysées ne contiennent pas d'albumine.

La malade se plaint, en outre, de douleurs lombaires assez vives et de constipation avec léger ballonnement du ventre. Sa température axillaire est de 37°8. La malade purgée est revue le lendemain 16 avril ; elle accuse de la céphalée et de l'insomnie. T. 38°.

Le 17 avril, la céphalée augmente, Mme T... présente un état d'excitation avec délire. Ce même jour apparaît de la diplopie. L'insomnie persiste, la température s'élève à 38°3. Rétention d'urine.

Le 18, le délire a continué durant la nuit. La malade se lève et ne se croyant pas malade veut vaquer à ses occupations. Tous les symptômes déjà signalés persistent. T. 38°5.

Le 19, même état. T. 39° ; on note l'existence d'un hoquet persistant et d'un strabisme divergent de l'O. G. avec diplopie.

Le 20, apparition de mouvements brusques et saccadés à type myoclonique localisés aux muscles de la paroi abdomi-

nale du côté droit. Cette danse du ventre est sans arrêt, les secousses se produisant à un rythme de 50 à la minute.

La température reste élevée à 38°7, le pouls en rapport avec elle.

Les jours suivants, l'état s'aggrave. Les mouvements myocloniques s'étendent au bras droit, à la face, le hoquet, le strabisme avec diplopie persistent. A la rétention a succédé l'incontinence des urines. On note dès le 21 avril une tendance au sommeil.

Le 23 avril, la malade entre dans le coma et meurt le lendemain.

OBSERVATION III

(Professeur Boquel et Docteur Naulleau, rapportée par le Docteur Blanc)

Mme R..., 24 ans, Challain (M.-et-L.).

Il s'agit d'une femme sans antécédents morbides appréciables, qui est enceinte de 5 mois environ (les dernières règles remontent au 7-8 novembre 1919).

Le début de l'affection semble remonter à la fin de mars, après 15 jours de prodromes marqués surtout par de l'insomnie et des malaises mal définis.

Le 10 avril 1920, le Dr Naulleau est appelé à voir la malade qui a été prise brusquement, vers 9 heures du matin de mouvements choréiformes intéressant les membres, et particulièrement le supérieur droit et l'inférieur gauche, d'autre part des secousses myocloniques abdomino-diaphragmatiques qui surviennent par crises ; les crises se renouvelleront les jours suivants.

La malade se plaint de céphalée intense.

La température est de 38°1. La constipation est opiniâtre, au bout de 7 jours seulement surviendra une débâcle sous l'in-

fluence des nombreux laxatifs et lavements administrés. Les urines ne contiennent pas d'albumine ; dans la semaine qui suit, elles deviendront plus rares, une rétention d'urine s'installera, on sera obligé de souder la malade pendant une huitaine de jours.

Enfin apparaîtront des troubles de la parole qui est hésitante et tremblée et des troubles psychiques caractérisés par un état d'inconscience relative avec prostration.

Le 18 avril, la malade est examinée par M. le Professeur Boquel, chirurgien en chef de la Maternité d'Angers.

Il trouve la malade dans un état de demi-somnolence, présentant un aspect typhique. On la tire cependant de cette torpeur et elle répond bien. L'attention est attirée par l'existence de mouvements convulsifs variés, consistant en mouvements choréiques, secousses myocloniques, trémulations des masses musculaires, troubles localisés aux membres supérieurs et inférieurs, visibles aussi aux lèvres et à la langue où ils provoquent un embarras dans la parole.

Il n'existe aucun trouble oculaire. Tous les réflexes sont normaux. Les viscères également. Les secousses cessent par instants, mais réapparaissent facilement sous l'influence d'une excitation extérieure, celle du froid, celle des mouvements de la parole. La température est de 38°7, le pouls à 108. La température oscillera les jours suivants entre 37°5 et 38°5.

Le 29 avril, la malade, revue par le Professeur Boquel, est trouvée très améliorée, les secousses ont diminué de fréquence et de durée. Elles réapparaissent cependant par instant, occupant toujours les membres.

Depuis quelques jours existe un délire nocturne avec agitation et hallucinations visuelles. La malade veut quitter son lit. Actuellement, elle paraît moins hébétée ; elle dit conserver la mémoire des événements survenus pendant sa maladie. Bien qu'il n'existe aucun trouble oculaire, le regard a une certaine fixité. La rétention d'urine a disparu, les selles sont devenues

plus régulières, avec l'une d'elles il y a eu émission d'un gros lombric.

Une escarre fessière apparue vers le 15e jour est en évolution ; elle guérira au bout d'une semaine.

Vers le 20 mai, la température est revenue progressivement à la normale. La guérison n'est qu'apparente, car il persiste encore des mouvements myocloniques, surtout aux membres inférieurs, particulièrement à la jambe droite. Ils sont assez intenses parfois pour gêner la marche.

L'accouchement a lieu à terme le 3 août 1920 ; il est très rapide, les douleurs commençent à midi ; à 17 heures, expulsion d'un enfant du sexe féminin, vigoureux et bien constitué. Les suites de couches sont normales.

Vers la fin d'août, l'appétit reparaît, les forces reviennent progressivement. Les mouvements myocloniques tendent à s'espacer. A noter l'apparition de démangeaisons très vives des pieds et des mains sans lésion du revêtement cutané.

En novembre 1920, 7 mois après le début de la maladie, Mme R... a repris son poids normal. Les séquelles sont de deux ordres : 1° des troubles sensitifs : en plus du prurit déjà signalé, la malade se plaint parfois de douleurs assez vives à la jambe droite ; 2° des troubles moteurs consistant en un tremblement de la jambe droite qui survient de temps à autre, surtout à l'occasion de fatigues.

L'enfant s'est jusqu'à présent développé normalement et ne présente aucune tare.

Conclusions

1°) L'encéphalite léthargique survenant chez la femme enceinte présente une grande variété de symptômes témoignant de l'atteinte du système nerveux. Les troubles sont de trois ordres : psychiques (somnolence allant jusqu'au coma ou bien excitation verbale, délire, agitation).

Moteurs (paralysies oculo-motrices, mouvements anormaux, hypertonie musculaire), sensitifs (algies et céphalée). Les phénomènes généraux sont plus ou moins marqués, fièvre peu élevée en général, liquide céphalo-rachidien peu modifié.

2°) Dans les aspects cliniques, il faut distinguer : d'une part, l'encéphalite survenant chez une femme enceinte et d'autre part une encéphalite réveillée par une grossesse. Dans le premier cas, les prodromes sont plus ou moins longs, puis on observe trois types de début : a) par troubles oculaires ; b) par mouvements anormaux ; c) par troubles psychiques. Si l'affection n'arrête pas là son évolution, l'encéphalite évolue vers deux autres types : un type grave ou un type à troubles périphériques. Chez l'encéphalitique qui devient enceinte, la maladie subit un coup de fouet ; on observera alors un type grave ou un syndrome parkinsonien.

3°) Les lésions les plus communes de l'encéphalite sont les périvascularites. Le siège de ces lésions est surtout le pédoncule cérébral avec le locus niger qui est très atteint, puis viennent les noyaux gris centraux, la protubérance, le cervelet, le bulbe et la moëlle.

4°) Le diagnostic de l'encéphalite doit se faire avec les maladies suivantes : botulisme, éclampsie, typhoïde et scarlatine, chorée gravidique et surtout les méningites, la paralysie agitante et l'hystérie.

5°) L'encéphalite est une maladie particulièrement grave chez la femme enceinte ; la mortalité clinique est voisine de 60 % ; la grossesse est interrompue dans le moitié des cas ; souvent il y a accouchement prématuré au 8e mois. On n'observe pas d'incidents dystociques ; la durée du travail est normale. La grossesse aggrave l'encéphalite antérieure et provoque l'apparition d'un syndrome parkinsonien.

6°) Le traitement médical doit lutter contre les symptômes par l'emploi de médications anti-infectieuses, stimulante ou sédatives. Dans la plupart des cas, il faut s'abstenir de toute intervention obstétricale ; on ne provoquera l'accouchement que si l'état de la mère s'aggrave et fait présumer la mort.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

Achard. — L'Encéphalite léthargique. — J. B. Baillière et fils.

Andérodias. — Un cas d'encéphalo-myélite diffuse à forme myoclonique au cours de la puerpuéralité. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, n° 4, 1920.

Bar. — Discussion de la communication de M. Marinesco, in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 12 juillet 1921, p. 40.

Bassoe Peter. — Epidemic Encephalitis (Nona), 27-7. — *American Medical Association*, 5 avril 1919.

Blanc. — Thèse Paris, 1921.

Banister. — Epidemic Encephalitis complicating preguancy. — *The Lancet*, 3 mars 1921.

Commandeur et Eparvier. — Encéphalite et grossesse. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, n° 5, 1920.

A. Couvelaire et Trillat. — Un cas d'encéphalite léthargique au cours de la puerpuéralité. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, n° 1, p. 62.

Daumrg et Bécuwe. — Encéphalite léthargique et grossesse. — *Société Médicale du Nord*, février 1924.

L. Dimitz. — Uber das plötzliche gehäufte Auftreten schwerer choreiformer Erkrankungen in Wien (Encephalitis choreiformis epidemica). — *Viener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 8.

— Zur Kenntniss der Encephalitis epidemica (choreiformis). — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 11.

Del Sol (E.). — *Rivista di Ost. e Gynecologia pratica*, mars 1924.

Duncan (J. W.). — *British Medical Journal*, 11 mai 1918.

Durodié. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 4, avril 1920.

Fabre (Henri). — Encéphalite épidémique chez les femmes enceintes. — Thèse de Montpellier, 1921.

Flaissier et Gaujoux. — Un cas d'encéphalite léthargique durant la grossesse. — *Société Obst. et Gynécologie de Montpellier*, 4 déc. 1920.

Forget-Urion (Mme). — Encéphalite à forme de paralysie faciale chez une femme enceinte. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 6 mai 1924.

Garnett (A. J. P.). — Léthargic encephalitis as a complication of preguancy and Labor. — *Journal of the American Medical Association*, n° 19, mai 1920.

Gaujoux et Vincent. — Encéphalite épidémique et grossesse.

Guillain et Gardin. — Evolution d'une grossesse chez une malade présentant un syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique. — *Société médicale des Hôpitaux*, Séance du 4 nov. 1921, p. 1417.

Guillain, Kudeloki et Lieutaud. — Académie de Médecine, 25 juillet 1922.

Harris (W.). — *The Lancet*, 20 et 27 avril 1918.

Klippel et Baruk. — Encéphalite et grossesse. Etat du nouveau-né. — *Revue Neurolog.*, 1923.

Krein. — *Centralblatt. Gyn.*, 23 octobre 1920.

Jorge Ricardo. — L'encéphalite léthargique. — *Bulletin de l'Office international d'hygiène publique*, déc. 1920.

— Encéphalite et grossesse. — *Paris Médical*, 4 juin 1921, p. 454.

LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. — Transmission expérimentale du virus encéphalitique de la mère au fœtus. — C. R. de la Société de Biologie, 20 mai 1921, p. 957.

MARMESCO. — Contribution à l'étude des formes cliniques de l'encéphalite léthargique. — *Rev. Neurolog.*, 1921, n° 1, page 1.

— L'encéphalite épidémique et la grossesse. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 12 juillet 1921, p. 34.

R. MERCIER, ANDRIEUX et Mlle BONNARD. — Transmission placentaire de l'encéphalite léthargique. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 31 mai 1921, p. 625.

MARGARETH SCHULZE. — Encephalitis epidemica in pregnancy. — *Journal of the American Med. Association*, n° 11, mars 1920.

NEAL. — Lethargie encephalitis. — *Arch. Neurolog. and Psych.*, sept. 1919.

A. NETTER. — A propos de la transmission placentaire de l'encéphalite léthargique. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 7 juin 1921, p. 645.

A. NETTER et DURAND. — Académie de Médecine, 27 avril 1920.

PUTNAM. — Missouri Med. Association, août 1919.

REPOND (A.). — Grossesse à terme compliquée d'encéphalite léthargique. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1920, n° 5.

ROBINSON. — Encéphalite et Gestation. — Thèse Paris, 1921.

SANTI. — Encéphalite et grossesse. — *R. Acad. dei Fisiocritia di Siena*, 26 mars 1920.

SACHS. — *New-York Medical Journal*, 24 mai 1919.

TURENNE. — Epidemic encephalitis complicating pregnancy. — *The Journal of the American Med. Assoc.*, 1921, p. 1713.

VORON. — Réunion obstétricale de Lyon, 5 mars 1925.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette